

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

6

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Roger Joseph GOULESQUE

Né le 27 juillet 1911, à Valence (Tarn).

**Contribution à l'étude du Traitement
des Ruptures obstétricales complètes
anciennes du Périnée**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRERES, Editeurs

23, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 23

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Roger Joseph GOULESQUE

Né le 27 juillet 1911, à Valence (Tarn).

**Contribution à l'étude du Traitement
des Ruptures obstétricales complètes
anciennes du Périnée**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	..Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE	..Médecine légale.
HEITZ-BOYER	..Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ...		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. PORTES

*Qui m'a inspiré le sujet de ce
travail.*

*En témoignage de ma grati-
tude pour l'enseignement qu'il
m'a prodigué.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.

MONSIEUR LE DOCTEUR TINEL.

MONSIEUR LE DOCTEUR NICAUD.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR TZANCK.

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES.

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION.

MONSIEUR LE DOCTEUR AUROUSSEAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE.

Contribution à l'Etude du Traitement des Ruptures obstétricales complètes anciennes du Périnée

INTRODUCTION

Durant notre internat à la Maternité de l'hôpital Bichat, dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur PORTES, nous avons été constamment mis en garde contre les déchirures complètes du périnée. Tout le personnel médical a été maintes fois averti de la gravité de telles lésions. Cette gravité tient essentiellement à la rupture du sphincter externe de l'anus, à l'incertitude dans le résultat de la suture primitive, à l'incontinence rectale qui persiste si les sutures immédiates ne tiennent pas. Ceci constitue une infirmité incompatible avec une existence normale et nécessite une cure chirurgicale.

Nous avons cherché à bien connaître le mécanisme et la prophylaxie des déchirures complètes, et à mettre fin aux troubles graves qu'elles déterminent.

C'est dans le service de gynécologie de la Maternité de Baudelocque, où, sous la direction de Monsieur le Professeur COUVELAIRE, sont traitées un nombre important de séquelles pathologiques d'accouchements pratiqués dans les centres les plus divers, que nous avons puisé les observations qui vont suivre.

Monsieur PORTES y a pratiqué un nombre important

de périnéorraphies avec reconstitution de l'anneau sphinctérien toujours suivant la même méthode. Les résultats en sont satisfaisants, c'est pourquoi nous avons cru utile d'exposer en détail cette technique.

LES CAUSES ET LA PROPHYLAXIE DE LA RUPTURE COMPLETE DU PERINEE

Nous rappelons brièvement que les déchirures du périnée sont fréquentes, se voient surtout chez les primipares, chez les albuminuriques, dans certaines présentations (les sommets qui se dégagent en occipito-sacrée, les sièges lors de l'expulsion de la tête dernière). Ceci explique les petites déchirures qui, malgré les meilleures manœuvres d'assistance, se produisent parfois. Ces déchirures n'atteignent pas le sphincter, sont réparées immédiatement par quelques points totaux, n'ont habituellement pas de suites fâcheuses. Nous croyons qu'une déchirure incomplète du périnée est préférable à une épisiotomie.

Toute différente dans ses causes, dans sa prophylaxie, dans sa gravité est la déchirure complète avec rupture du sphincter anal. Pour en connaître les causes essentielles il suffit de lire les observations qui vont suivre :

Dans 4 cas sur 15 la déchirure complète est survenue sur des multipares qui ont eu une déchirure connue lors de l'accouchement antérieur, ce qui laisse supposer que le pourcentage réel des périnées cicatriciels est un peu plus élevé. Dans 10 cas sur 15 (pourcentage éloquent) il y a eu une application de forceps : c'est là la source principale des ruptures complètes.

Dans un cas l'enfant était un monstre double, dans un cas le sommet s'est dégagé en occipito-sacrée, dans 2 cas, l'enfant était volumineux (4.250 grammes et 5.500 grammes), dans un cas il n'y a pas eu de causes nettes.

Ces déchirures complètes se voient donc de préférence sur les périnéés cicatriciels qui déchirent brusquement au lieu de se distendre, dans l'expulsion d'un pôle volumineux en soi ou mal orienté, enfin et surtout dans les extractions par forceps.

Ce sont là les causes apparentes, occasionnelles; la cause déterminante est l'expulsion brusque de l'enfant.

La rupture complète se produira de préférence si la femme n'est pas ou est mal assistée, car elle pousse au moment du dégagement. La rupture peut également se produire si l'on pratique une expression utérine brutale sur un enfant se présentant par le sommet ou sur la tête dernière dans les sièges.

Dans les applications de forceps, la rupture complète est plus fréquente encore. Certains opérateurs ignorent que le forceps n'est pas un instrument de force : quand il faut exercer une traction importante, la prise est imparfaite (les cuillers sont mal placées ou bien la tête est mal fléchie, ou bien le grand diamètre céphalique n'est pas exactement dans l'axe antéro-postérieur du détroit inférieur). Il faut contrôler sa prise et la rectifier. Si l'on veut extraire l'enfant de force, la tête retenue un temps au détroit inférieur sort brusquement, rompant tout le périnée sur son passage.

On voit le moyen d'éviter de telles lésions. Il faut procéder à une extraction extrêmement progressive, millimètre par millimètre, à partir du moment où le menton peut être accroché sur le périnée postérieur. Il faut enlever le forceps, surveiller attentivement le périnée et dégager la tête très lentement.

On n'évite pas toujours les déchirures périnéales, nous l'avons vu, mais on doit et on peut toujours éviter les déchirures complètes.

Quand l'orifice vulvaire est insuffisant, le périnée scléreux et fragile, si une déchirure s'amorce, il faut, dans la mesure où cette déchirure est nécessaire, la dévier

latéralement par une épisiotomie. Il est exceptionnel qu'on ait à recourir à une épisiotomie double.

Nous sommes persuadés qu'une épisiotomie double agrandit l'orifice vulvaire autant que ne le ferait une déchirure totale. Nous sommes sûrs que si une épisiotomie double latérale est pratiquée la déchirure totale ne peut pas se produire.

EVOLUTION DE LA RUPTURE COMPLETE SES CARACTERES DEFINITIFS ESSENTIELS

Il est exceptionnel que les déchirures complètes soient méconnues. Sans doute la déchirure du périnée ne passe pas inaperçue, mais l'examen n'est pas approfondi, la brèche périnéale est rapidement suturée, sans que soient précisées son étendue et sa gravité.

C'est la rupture du sphincter anal qui caractérise la rupture complète; savoir si cette rupture existe est le point essentiel de l'examen. Il faut faire immédiatement après la délivrance une suture des tissus déchirés :

suture du sphincter;

suture globale du périnée proprement dit;

suture des muqueuses.

Certains opérateurs abaissent la muqueuse rectale lorsqu'elle est déchirée.

Dans les cas heureux cette suture tient, le résultat fonctionnel et anatomique est bon et définitif. Mais cet accident ne doit pas être oublié si une nouvelle grossesse survient.

Dans les cas malheureux et ils ne sont pas exceptionnels, la plaie s'infecte dans les jours qui suivent, le périnée prend un aspect inflammatoire, sphacélique. On est obligé de mettre à plat pour déterger la plaie qui se cicatrise peu à peu sans réparation anatomique satisfaisante.

La rupture complète ancienne est constituée.

Elle est caractérisée avant tout par un trouble fonctionnel : l'incontinence rectale. Habituellement c'est une incontinence aux gaz et aux matières molles. Dans les cas graves il existe un libre passage des matières dans le vagin, véritable cloaque, parfois associé à une incontinence vésicale. Dans les cas plus favorables les malades ne peuvent retenir les gaz mais peuvent retenir les matières normales pendant une heure ou plus après une selle. On comprend que ce trouble fonctionnel qui empêche les malades de mener une existence normale puisse avoir un retentissement psychique important.

Quand on examine ces femmes on constate la béance de la vulve. Au lieu de l'aspect normal de la fourchette et la présence d'une bande de tissu périnéal entre anus et vagin, il n'existe qu'une cloison transversale d'aspect muqueux. Presque constamment on note un certain degré de prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle. L'utérus basculé en arrière est dans l'axe du vagin.

Un doigt dans l'anوس, un doigt dans le vagin, on constate que la cloison recto-vaginale est peu épaisse, que le périnée proprement dit a disparu. On sent en avant du canal anal la brèche produite par la rupture du sphincter. Aux efforts de la femme on ne sent pas la striction normale du sphincter. Les releveurs eux-mêmes ont souvent perdu de leur tonicité.

Dans des cas plus rares, la cloison recto-vaginale a perdu de sa hauteur : ceci caractérise la rupture totale. Habituellement la cloison n'est intéressée que sur un ou deux centimètres. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer de cas où la cloison recto-vaginale fût déchirée sur une grande hauteur.

Que décèlent ces anomalies cliniques ?

Avant tout la destruction du périnée postérieur : le muscle constricteur de la vulve a été déchiré, ses deux extrémités se sont rétractées latéralement, la rupture a atteint le noyau fibreux central du périnée et plus en ar-

rière le sphincter externe de l'anus dont les deux bouts se sont rétractés.

Plus superficiellement la rupture a porté sur l'aponévrose périnéale superficielle et sur les plans cutanéomuqueux. Entre vagin et rectum il ne persiste qu'une cloison à surface muqueuse, scléreuse sur son bord libre. Les faisceaux internes des releveurs hypotoniques déjetés latéralement laissent entre eux un espace où peut se produire un prolapsus génital. Les fibres à insertion prérectale ont été rompues en même temps que le sphincter anal et se sont rétractées latéralement : sur le corps musculaire. De part et d'autre de l'anus, subsistent les faisceaux du releveur à insertion latéro-anale auxquels se sont incorporés les bouts rétractés du sphincter.

Ce sphincter a conservé son innervation normale : nerf postérieur principal (nerf anal ou hémorroïdal venu de S 3 ou de S 3-S 4), nerf antérieur venu du rameau profond du nerf périnéal. Nous ne citerons que pour mémoire le nerf sphinctérien accessoire ou postérieur qui venu de S4 perforerait le releveur avant d'aborder le sphincter externe.

Ainsi, persiste un demi-cône sphinctérien bien vascularisé, bien innervé, à brèche antérieure qu'il suffira de fermer pour réaliser autour de l'anus un anneau musculaire complet et contractile.

HISTORIQUE

Il semble que la première intervention connue pour déchirure complète du périnée ait été proposée par AMBROISE-PARÉ et exécutée par GUILLEMEAU (œuvre de chirurgien, Rouen, 1649).

L'opération fut pratiquée plusieurs fois le siècle suivant par DE LA MOTTE, SMELLIE, NOEL de REIMS, MURENNA, SAUCEROTTE. Ces faits sont relatés dans la Gazette hebdomadaire de 1862.

En Allemagne (Die operative Chirurgie, 1845) DIEFFENBACH préconise une méthode avec large avivement et incision libératrice, méthode introduite en France par ROUX (Gaz. méd. de Paris 1834, tome II). Par la suite MERCIER (1839) et de BAKER BROWN (1866) reprennent ces opérations. LANGENBECK fait une périnéorrhaphie qui combine avivement et dédoublement et qui donne naissance en France à de nombreux procédés.

En Amérique, MARION SIMS reprend la méthode de ROUX dès 1855, préconisée en France par JUDE HUE, adoptée par VERNEUIL et TRELAT.

Des méthodes nombreuses se précisent avec DEMARQUAY, RICHET, LE FORT, MARC SÉE, POLAILLON, en Allemagne avec SIMON, FREUND, HILDEBRAND, WILMS, STAUDE, BISCHOFF et HEGAR.

Des procédés spéciaux sont réservés aux déchirures incomplètes d'autres aux déchirures complètes anciennes.

T.-A. EMMET (dans The principal and practice of gynecology, 1885) décrit sa méthode d'avivement.

LAWSON TAIT utilise un procédé personnel décrit pour la première fois par HEIBERG de Copenhague (Gynak. og obst. Meddel 1887) puis par SANGER (samml. klin. vortrage. 1887).

Enfin POZZI et F. JAYLE (traité de gynécologie 1907) reprend la méthode de LAWSON TAIT et y apporte des modifications profondes.

Nous décrirons les plus importantes de ces méthodes qui sont à la base de toutes les méthodes actuellement utilisées. Elles comprennent :

- 1°) Des méthodes d'avivement;
- 2°) Des méthodes de dédoublement.

1°) PROCÉDÉS D'AVIVEMENT.

Méthode de SIMON-HEGAR.

Ils pratiquent un avivement de la partie basse et postérieure du vagin dont la limite est transversale en arrière, au niveau du bord libre de la cloison recto-vaginale. Elle s'incurve ensuite en dehors et remonte en pointe sur la paroi postérieure du vagin. Ils ont ainsi une large surface cruantée dont ils font une hémostase soignée. Les points de suture prenant en masse tous les tissus avivés sont passés transversalement suivant trois directions :

- les antérieurs à concavité antérieure;
- les moyens transversaux;
- les postérieurs à concavité postérieure.

Méthode d'EMMET.

Ce procédé ressemble beaucoup au précédent. L'avivement a la forme de deux triangles à base externe cutanée qui se rejoignent en dedans sur le bord libre de la cloison recto-vaginale.

La surface avivée rappelle par son aspect un papillon aux ailes déployées. Contrairement aux procédés précédents, il n'y a pas de points muqueux mais uniquement des points totaux aboutissant en peau saine. Ils sont placés en éventail.

Il y a une manière toute spéciale de poser le point postérieur qui doit pénétrer à droite près de l'orifice anal, passer dans la profondeur pour sortir à gauche au point symétrique. Ce point est destiné à ramener et à suturer sur la ligne médiane les deux bouts rétractés du sphincter externe. Il offre encore l'avantage d'abaisser un peu la muqueuse anale qui va à la rencontre de la peau de la marge de l'anus.

2°) PROCÉDÉS DE DÉDOUBLEMENT.

Méthode de LAWSON TAIT.

Ici apparaît le dédoublement de la cloison recto-vaginale. L'incision est transversale entre l'anus et le vagin. A ses extrémités se branche une incision verticale donnant à l'ensemble la forme d'un H. Le lambeau antérieur est excisé s'il est exubérant; les fils sont placés transversalement en un plan comme dans les procédés précédents.

Méthode de POZZI et F. JAYLE.

POZZI a repris le procédé précédent en lui apportant des modifications profondes. Il dédouble la cloison recto-vaginale sur une hauteur lui permettant d'abaisser le sommet de la déchirure rectale à la marge de l'anus : ceci pour éviter l'infection par voie rectale.

Il place de nombreux points au niveau de la marge de l'anus pour maintenir la muqueuse abaissée.

Il affronte les releveurs par un surjet au catgut mené d'avant en arrière. Quant au sphincter « il est, dit-il, le plus souvent impossible de distinguer nettement ces divers muscles sur la surface cruantée et l'opérateur doit simplement charger avec son aiguille une épaisseur de tissu suffisante pour que cette suture musculaire soit effectivement réalisée ».

Il ne constipe pas les malades, les met à la diète lactée pendant une semaine, donne un purgatif vers le cin-

quième jour pour avoir des selles liquides. Il faut bien surveiller la plaie. S'il survient une inflammation, mieux vaut enlever un ou deux fils, ce qui peut sauver le reste de la suture.

Il a obtenu d'excellents résultats. Cette méthode est à la base des procédés actuels qui n'en sont que des modalités.

METHODES ACTUELLEMENT UTILISEES

Depuis la mise au point par Pozzi de la méthode de LAWSON TAIT, peu de progrès ont été acquis, des modalités de détail sont intervenues, peu de travaux importants ont été faits. Nous nous sommes efforcés de connaître les différentes méthodes actuellement utilisées avec leurs caractéristiques essentielles.

Il est possible que nous ayons eu des oublis. Nous nous en excusons.

DELBET dans une leçon faite à l'hôpital Cochin le 18 mars 1926 insiste sur les caractères anatomiques de la région périnéale, décrit le constricteur vulvaire et le sphincter anal comme un même muscle dont les fibres se croisent en 8, ce qui permet ou une grande distension de l'orifice vulvaire ou une grande distension de l'orifice anal. Il donne une importance essentielle à la suture des releveurs dans les périnéorraphies.

LECÈNE et LERICHE dans le traité de thérapeutique chirurgicale pensent que « lorsque la déchirure du périnée est totale et comprend le sphincter anal, il faut dédoubler d'abord la cloison recto-vaginale, rechercher les deux extrémités du sphincter externe rompu, les suturer isolément, puis suturer le releveur et terminer par une réfection soigneuse de l'orifice anal et vulvaire ». Il ne faut pas suturer les releveurs sur une trop grande étendue, ce qui formerait une barrière résistante lors des accouchements ultérieurs.

M. LOUIS E. PHANEUF de Boston (au VI^e congrès de Bruxelles, octobre 1929) explique sa technique. Il fait une

incision en H, un décollement recto-vaginal, résèque les tissus cicatriciels de la brèche rectale, suture le rectum par des points séparés au fil de lin, noués dans la lumière rectale. Il réunit les tissu péri-rectaux par un surjet au catgut chromé et par un deuxième plan de suture (points séparés au catgut). Les deux extrémités du sphincter sont coaptés par une suture en 8 au catgut chromé n° 1. Puis il procède à la fermeture du vagin et à la suture des releveurs. Il constipe les opérées. Sur 50 cas, 5 femmes furent accouchées ultérieurement pas césarienne.

G.-D. ROYSTON (Amer. Jour. Obst. and Gynecolog. Feb. 1930) donne peu d'importance à la technique employée, insiste sur le fait que la méthode qui donne les meilleurs résultats est celle que l'on a l'habitude d'utiliser. Il excise les tissus cicatriciels, dissèque de part et d'autre du rectum les deux bouts du sphincter, s'abstient de toute suture dans la lumière rectale ou au contact du mur rectal. Il constipe les malades de 10 à 15 jours.

En août 1930, dans Gynécologie, Joseph RÉCAMIER explique la technique suivie par P. PETIT-DUTAILLIS. Il adopte une incision en H, dédouble la cloison, suture les releveurs jusqu'au point postérieur (celui qui rapproche les deux extrémités du sphincter anal).

Quant au sphincter anal « le voir, dit-il, est un peu théorique et inutile d'ailleurs, car une légère interposition de cicatrice fibreuse entre les deux extrémités du muscle, n'empêche pas la contraction d'être effectuée. Il m'a toujours été possible d'abaisser la paroi antérieure du rectum assez bas pour que la déchirure fût à peu près complètement extériorisée. C'est à ce moment, que j'ai passé mon point d'Emmet en faisant traverser la paroi rectale par mon fil au-dessus de la pointe de la déchirure. Ainsi en se plissant, la paroi antérieure du rectum se trouve extériorisée, saillante. On suture la muqueuse rectale à la peau périnéale. Cette saillie s'efface peu à peu. Je crois que cette extériorisation de la déchirure rectale que j'ai toujours pu faire à peu près complète, est le secret de mes réussites ».

ERWIN (Thérapie der Gegenwart Sept. 1932) pratique volontiers les sutures vers le douzième, quinzième jour, après l'accouchement, après grattage de la plaie. Il utilise le catgut.

V. CATHALA (Société d'obstétrique et de gynécologie, 5 décembre 1932) fait remarquer que « si l'on remplaçait le catgut, la soie et le lin qui se résorbent trop vite, ou s'infectent au contact de la muqueuse rectale, par des crins de Florence, on diminuerait les risques de désunion de la suture ».

M.-P. BROCC dans la même séance, insiste sur l'importance de la préparation du périnée.

TOUPET (dans Traité de Technique Chirurgicale) préconise l'incision en H. Il recherche très loin, en arrière, les extrémités rétractées du sphincter anal, fait une suture rectale, une suture vaginale et suture enfin isolément les deux bouts du sphincter et les releveurs. Il met une sonde vésicale à demeure et constipe les malades pendant sept jours.

H. HARTMANN (dans Gynécologie opératoire 1933) décrit l'incision en U renversé. Il place l'index dans le rectum et fait ainsi le clivage recto-vaginal. Il cherche ensuite les deux bouts du sphincter déchiré, les libère sur une étendue de 1 cm 1/2 environ, rapproche les deux bouts couverts de tissus cicatriciels et les réunit par trois points de catgut.

Il suture en dernier la brèche rectale et fixe par traction ces fils laissés longs sur une fesse par un emplâtre adhésif, ce qui amène la suture entièrement en dehors de la lumière rectale.

L. BONNET (Bulletin et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, 18 mai 1934) préfère la suture rectale à l'abaissement, recherche la suture étanche, sans éversion de muqueuse, fait pour cela un surjet extérieur par rapport à la cavité rectale sans prendre la muqueuse. Il suture ensuite le sphincter par des points en X.

P. BEGUIN et F. PAPIN (pathologie chirurgicale) di-

sent que « il faut, après avoir dédoublé cette cloison (recto-vaginale) reconstituer le sphincter par suture de ses deux extrémités et veiller à la bonne réfection des orifices anal et vulvaire.

Le même conseil de dissection anatomique des différents éléments et en particulier du sphincter anal est donné dans le précis de technique opératoire des Prosecteurs.

GOECKE (Manchen med. wockens 24 décembre 1937) a noté dans les accouchements une proportion de 0,62 % de déchirures complètes. Sur cinquante-deux cas rapportés, vingt-deux déchirures complètes se sont produites sans qu'il y ait eu d'épisiotomie, dans trente-et-un cas l'épisiotomie avait été pratiquée, mais plus semble-t-il dans l'axe médian que dans le sens latéral. Les périnées complets sont quatre fois plus fréquents dans les applications de forceps que dans les autres modes d'extraction.

Sur cinquante-deux périnées déchirés au troisième degré, quarante-neuf guérisons ont été obtenues par des sutures immédiates. Trente-quatre périnéorraphies pour déchirures complètes anciennes ont donné de bons résultats.

Il n'accorde pas une importance considérable à la technique suivie qui dépend de l'étendue de la plaie. La réfection du sphincter est pratiquée comme dans les déchirures récentes.

Dans les accouchements ultérieurs, il faut faire une bonne épisiotomie latérale. Dans aucun cas, la déchirure complète ne s'est reproduite.

CHRISTICH de Belgrade publie en Avril 1938, dans le Bulletin de gynécologie et d'obstétrique de Paris huit observations de déchirure complète ancienne. Il utilise l'anesthésie rachidienne, adopte l'incision en Ho de LAWSON TAIT en faisant porter l'incision transversale sur le versant vaginal à un ou deux centimètres du bord inférieur, laissant un bourrelet cutanéomuqueux qui servira

à la reconstitution de l'orifice anal (PROUST et CHARRIER). Après avoir repéré les différents éléments anatomiques, il suture les releveurs et suture ensuite les deux extrémités du sphincter par deux points au catgut chromé n° 3; il place enfin quelques points supplémentaires sur les muqueuses rectales et vaginales.

LEHUCHER et JAHAN dans Tunisie médicale (janvier 1938) décrivent un procédé original. L'incision a la forme d'un H à angles effacés. Ils dédoublent la cloison, avivent aux ciseaux le bord de la paroi rectale, suturent la muqueuse rectale par des points noués dans la lumière, suturent le vagin, vont alors chercher latéralement les parois musculaires du rectum qui se sont rétractées, les ramènent en avant, étoffant ainsi le canal anal.

Ils considèrent les deux bouts du sphincter comme souvent inutilisables. L'appareil sphinctérien est reconstitué par un lambeau musculaire taillé dans le releveur du côté gauche qu'ils suturent par un point en X à ce qui reste du sphincter du côté droit. Ils solidarisent ce point d'union au plan musculaire rectal à distance convenable de manière que ce nouvel anneau sphinctérien n'ait pas tendance, en se contractant, à invaginer la moitié antérieure du canal anal.

C.-H. TYRONE dans Surgery (mai 1939) rapporte la technique utilisée dans 63 cas. Il fait une incision transversale, dédouble la cloison recto-vaginale, un doigt dans le rectum, recherche sans les disséquer les deux bouts rétractés du sphincter, les réunit par un point au catgut chromé n° 1, amarre ce point à la musculature rectale. Il suture ensuite les releveurs, le point postérieur est amarré au sphincter reconstitué. Il suture transversalement les téguments, ne met pas de bourdonnet. Il a obtenu 86 % de « perfect control of anal sphincter ». En cas de déchirure rectale importante il préconise l'abaissement du rectum.

ARNELL et FERTITTA (Surgery gynecology and obstetric, octobre 1939) ont adopté une incision transversale

avec incision courbe de dégagement en avant et en arrière. Après clivage ils cherchent les deux bouts rétractés du sphincter sans disséquer les muscles. Ces bouts sphinctériens qui dessinent une légère saillie sont soulevés par des crochets, ce qui permet de passer sur eux trois points au catgut chromé n° 1. Ils suturent la muqueuse rectale par des points séparés au fil de lin, noués dans la lumière rectale, serrent ces points sphinctériens et suturent les releveurs qui sont amarrés en arrière au sphincter reconstitué. Ils ont utilisé cette technique dans 205 cas rapportés.

On voit globalement que la technique des périnéorraphies pour rupture complète s'est précisée peu à peu. Elle a acquis une forme satisfaisante avec EMMET, LAWSON TAIT et POZZI. Par la suite des points de technique ont été modifiés. Il semble qu'il y ait actuellement en France une tendance à la reconstitution anatomique du périnée. Nombre de chirurgiens dissèquent la région pararectale à la recherche des deux bouts du sphincter. Certains toutefois considèrent cette recherche comme illusoire et un peu artificielle. Ils ont été amenés à trouver des procédés plastiques spéciaux pour suppléer au sphincter anal : tel le procédé d'autoplastie aux dépens des releveurs.

Les auteurs américains, qui fournissent des statistiques étonnantes par le nombre des interventions pratiquées et par le résultat, ne dissèquent pas les muscles péri-rectaux, raccordent les deux bouts du sphincter tels qu'ils se présentent dans la plaie opératoire.

Cette revue rapide des principales méthodes utilisées nous a permis de noter une grande diversité dans les détails de technique.

Nous ne croyons pas qu'il y ait des détails sans importance dans ces procédés de technique plastique. Le résultat n'est satisfaisant que si chaque incision, chaque suture est sévèrement contrôlée. « Le secret de la réussite est dans le soin minutieux donné à l'exécution de

chaque détail ». C'est pour cette raison qu'au cours de l'exposition de la technique que nous avons adoptée, nous nous efforcerons de préciser chaque point de détail sans oublier les soins qui doivent précéder et suivre l'intervention chirurgicale.

LA METHODE QUE NOUS UTILISONS

1°) CHOIX DU MOMENT DE L'INTERVENTION.

L'incontinence rectale constitue pour les malades une infirmité pénible, incompatible avec une activité normale. Le chirurgien est sollicité fréquemment, les malades ont hâte d'être opérées. Il faut savoir les faire attendre.

En règle générale, la suture sphinctérienne a été exécutée immédiatement après la délivrance, mais s'est désunie à cause de l'infection. La cicatrisation n'aboutit à ses caractères définitifs qu'au bout de plusieurs mois. Le temps est une garantie de cicatrice plus souple, permettant un clivage plus facile, de tissus mieux vascularisés dont la suture tiendra mieux. Il est difficile de fixer un délai précis : dans les cas habituels, nous avons adopté le terme minimum de 4 mois.

2°) SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

Il faut opérer après une période menstruelle, s'assurer que le col utérin est normal, qu'il n'y a pas de métrite. Si des lésions existent, il faut les traiter en premier lieu, car les pertes, quelques précautions qu'on puisse prendre, souilleront la plaie opératoire et pourront provoquer sa désunion.

L'avant-veille la malade est purgée.

La veille on donne un lavement évacuateur, on pratique une toilette soigneuse de la région périnéale et du vagin. La région opératoire est badigeonnée au mercurochrome à 2 %.

3°) INTERVENTION.

La malade est mise dans la position de la taille. Le périnée est désinfecté à l'alcool iodé, ou mieux par une application de teinture d'iode du codex, mais il faut avoir soin d'enlever à l'alcool l'excès d'iode. Nous avons en effet observé une grande sensibilité des tissus périnéaux à l'iode, qui se traduit fréquemment par un simple décollement de l'épiderme, parfois par l'apparition d'escarres.

TECHNIQUE OPERATOIRE

1°) DÉDOUBLEMENT DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE.

Deux pinces de Chaput sont placées de part et d'autre de la commissure postérieure du vagin, en peau saine. Elles sont distantes de 5 à 6 centimètres, un aide les tend transversalement. Le bord libre de la cloison recto-vaginale est excisé au bistouri d'une pince à l'autre. Le décollement à peine amorcé on borde la lèvre postérieure de l'incision par un champ qui isole ainsi d'emblée la région opératoire de l'orifice anal.

Le décollement est poursuivi aux ciseaux courbes et à la compresse. Deux pinces triangulaires à dents récurrentes tendent vers le haut la paroi postérieure du vagin. Ces pinces sont tenues dans le creux de la main gauche, tandis que l'index introduit dans la cavité vaginale fait saillir cette paroi. C'est à son contact qu'il faut constamment se tenir. Ce décollement n'est pas anatomique, il est lent, pénible, car les tissus sont cicatriciels. Il est sûr, car même une lésion accidentelle du vagin n'aura aucune conséquence fâcheuse. Ainsi mené, le décollement ne risque pas de blesser la paroi antérieure du rectum, seul danger de ce premier temps opératoire.

A un moment le décollement devient plus facile, ceci indique qu'on arrive en zone saine. Ce décollement doit être minimum pour éviter l'espace mort et l'hématome

(ce n'est que dans les cas où il est nécessaire d'abaisser le rectum qu'il faut poursuivre le clivage jusqu'au cul-de-sac de Douglas).

Dans les cas habituels, dès que l'on sent nettement au doigt les cordes latérales formées par les muscles releveurs, le clivage est suffisant.

2°) INCISIONS LATÉRALES DE DÉBRIDEMENT.

A chaque extrémité de l'incision transversale, on branche une incision oblique en bas et en arrière. Longue de 4 à 6 centimètres elle croise l'orifice anal à 2 centimètres environ; elle intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Elle découvre la région latérale de l'anus où l'on sent plus qu'on ne voit les masses musculaires formées par les deux bouts rétractés du sphincter anal, incorporés aux faisceaux les plus internes des muscles releveurs. Ces muscles sont recouverts de tissus celluloso-adipeux et aponévrotiques.

De la pointe du bistouri, dans le fond de la plaie, le plus en dehors possible, sans intéresser les muscles, les tissus de recouvrement sont libérés.

N. B. — Il ne faut pas disséquer les muscles ni essayer d'isoler le sphincter, on s'exposerait à isoler des fibres musculaires qui n'appartiennent pas au sphincter anal ou n'en constituent pas la totalité.

Ce serait créer avec un peu d'artifice un sphincter insuffisant, mal vascularisé, mal innervé, dont la suture tiendrait mal ou ne tiendrait pas.

3°) PASSAGE DES FILS DESTINÉS A RECONSTITUER L'ANNEAU SPHINCTÉRIEN.

Ce temps opératoire est essentiel.

Il est commode de passer d'abord à travers la partie postérieure du releveur un catgut n° 2, qui servira de tracteur et ensuite de point de renforcement. En tendant ce fil on ramène en avant les muscles latéro-anaux. C'est

alors qu'on charge d'une forte aiguille courbe tous les tissus situés en dehors du rectum. L'aiguille est enfoncée dans la partie externe de l'incision latérale, à la hauteur de l'anus. Elle est dirigée successivement en dehors, en arrière, puis en dedans, prenant profondément les tissus. Sa pointe doit apparaître au contact de la paroi latérale du rectum mais il faut bien prendre garde qu'elle ne prenne pas cette paroi.

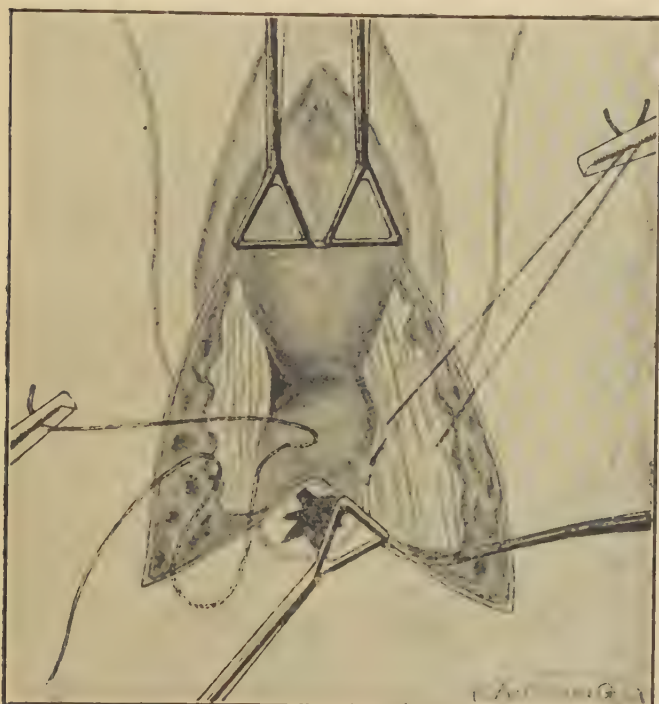


Fig. 1. — A gauche du dessin 1 fil sphinctérien est déjà placé.
Il va être passé à droite sur l'aiguille.

Cette aiguille a donc chargé tous les tissus situés en dehors et en arrière du canal anal, c'est-à-dire du tissu cellulo-adipeux et aponévrotique que nous avons déjà

libéré en dehors et surtout du tissu musculaire intact, constitué par la partie rétractée du sphincter et par la partie la plus interne du releveur. Sur cette aiguille est passé un catgut n° 2. Ce catgut est amarré par un point très superficiel à la paroi antérieure du rectum : ceci a l'avantage de déterminer sur la paroi rectale la position que prendra le sphincter reconstitué.

Cette paroi rectale est mince, souvent dépourvue à ce niveau de la musculature normale, il est essentiel de ne pas amarrer profondément ce catgut, ce qui pourrait déterminer une lésion rectale et être à l'origine d'une fistule.

Ce même catgut est passé de la même façon dans les tissus latéro-anaux du côté opposé, puis ramené par un

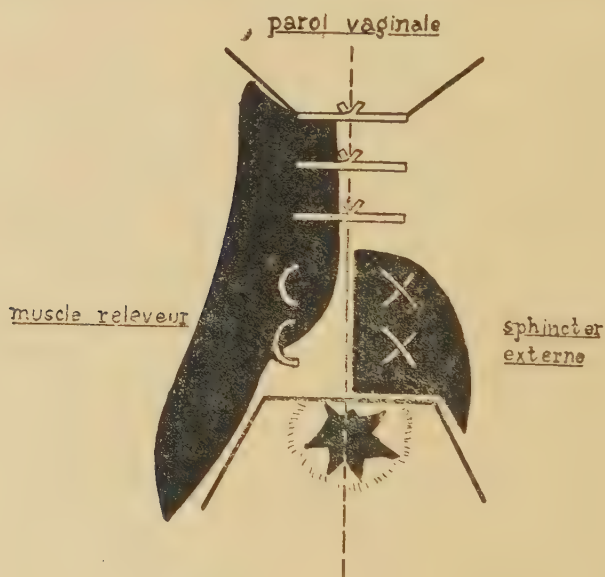


Fig. 2. — Ce schéma montre que les sutures étant terminées, les muscles : sphincter externe (à droite du schéma) et releveur de l'anus (à gauche) sont pris en masse dans les mêmes points en U pour la réfection de l'anneau sphinctérien.

trajet semblable à son point d'origine réalisant ainsi un point en U.

Nous passons ainsi habituellement deux points en U, un plus superficiel et postérieur, l'autre plus profond et plus antérieur. Tous deux sont des points sphinctériens.

Ces fils sont serrés progressivement et ramènent en avant du canal anal deux faisceaux musculaires importants qui constituent un anneau sphinctérien complet et bien étoffé.

Cet anneau sphinctérien est donc constitué par le sphincter externe de l'anus, renforcé des faisceaux les plus internes des releveurs.

Le point de catgut déjà passé dans la partie postérieure des releveurs est serré à son tour et constitue en avant des points en U, un point de renforcement.

4°) SUTURE DU BORD INTERNE DES MUSCLES RELEVEURS.

Comme dans les périnéorraphies habituelles, deux ou trois fils de catgut n° 2 unissent la partie interne des muscles releveurs adossent plutôt leurs faces que leurs bords. Le point antérieur est amarré à la paroi postérieure du vagin.

N. B. — Ainsi est constitué autour du rectum un cône musculaire complet sans solution de continuité : sa grande circonférence est constituée en haut par le muscle releveur, son sommet tronqué entoure le canal anal et a un rôle sphinctérien.

5°) PASSAGE DES CRINS POUR BOURDONNET.

Deux crins doubles sont passés transversalement prenant largement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles releveurs suturés.

6°) FERMETURE DU PLAN CUTANÉO-MUQUEUX.

La peau est suturée par des points transversaux séparés aux crins de Florence. Cette suture commence au

niveau des incisions postérieures de débridement qui se réunissent en avant de l'anus. A ce niveau les points prennent la peau du périnée de part et d'autre de la ligne médiane, jusqu'au vagin. Quelques points de catgut suturent transversalement la muqueuse vaginale.

Les fils des bourdonnets sont serrés sur deux drains de caoutchouc ou deux rouleaux de gaze placés latéralement de part et d'autre de la ligne médiane.

N. B. — Ainsi aucune compression ne s'exerce sur la ligne de suture cutanée. Cette suture à la forme d'un Y renversé dont les branches postérieures encadrent l'anus, dont la branche antérieure donne une hauteur périnéale de 4 à 6 centimètres.

A l'union de ces branches, en avant de l'anus, la suture forme un bourrelet cutané peu esthétique, mais qui se modélera ultérieurement.

L'orifice anal est très serré et n'admet pas le petit doigt.

On applique un pansement sec ou collargolé.

CAS PARTICULIERS

1°) DÉCHIRURE TOTALE ANCIENNE.

Dans ce cas la paroi antérieure du rectum est déchirée, ce qui détermine une diminution de la hauteur de la cloison recto-vaginale. Ceci se rencontre fréquemment mais à un faible degré, ne nécessitant pas de procédés plastiques spéciaux.

Mais parfois la rupture porte sur plusieurs centimètres faisant communiquer le rectum et le vagin. Dans ces cas il faut :

allonger la paroi postérieure du vagin ;
et surtout abaisser la paroi antérieure du rectum.

1°) *Allongement de la paroi vaginale postérieure.*

Il suffit de placer sur le bord libre de cette paroi en

commençant par la région juxta-médiane des points séparés au catgut, à égale distance de la ligne médiane.

Chaque point rétrécit cette paroi et l'allonge. On peut ainsi reconstituer une fourchette normale. C'est le procédé habituellement utilisé dans la colpectomie postérieure.

2°) *Abaissement de la paroi antérieure du rectum.*

Nous n'avons pas recours ici au même artifice que pour la paroi vaginale afin d'éviter les sutures intra-rectales.

Nous abaissons toujours la totalité de la paroi rectale antérieure. Dans ce cas il est nécessaire de poursuivre très loin le décollement recto-vaginal, parfois jusqu'au cul-de-sac de Douglas, de façon à abaisser aisément le sommet de la déchirure rectale à la marge de l'anus.

Il est souvent nécessaire de poursuivre le clivage latéralement entre la paroi rectale et les masses musculaires.

Ce temps opératoire entraînerait une hémorragie notable si l'on n'avait soin au cours du décollement de lier avant de les couper les vaisseaux qui abordent latéralement le rectum au niveau de l'espace ischio-rectal. Il est exceptionnel qu'un décollement étendu nécessite la ligation des pédicules hémorroïdaux moyens.

L'abaissement n'est suffisant que s'il paraît excessif, donnant l'impression d'un léger prolapsus rectal. On est ainsi assuré que la paroi n'aura pas tendance à remonter dans la profondeur.

Dans ce cas comme dans le cas habituel, les points en U du sphincter sont amarrés à cette paroi à une hauteur convenable.

C'est en dernier lieu, lorsque la suture cutanée est terminée, que la paroi rectale abaissée est suturée à la peau saine par des points nombreux.

Ainsi est reconstituée la marge antérieure de l'anus qui n'a aucune tendance à s'invaginer.

2°) *Cas où il existe une fistule recto-vaginale.*

Nous n'avons pas eu l'occasion de rapporter l'observation de tels cas mais nous croyons que l'opération doit être conduit en deux temps :

a) fermeture de la fistule par voie vaginale :

Excision de la fistule.

Dédoublement de la cloison recto-vaginale autour de l'orifice de l'excision.

Suture en deux plans de l'orifice rectal.

Suture de l'orifice vaginal par quelques points.

b) Quand la cicatrisation est opérée, la périnéorraphie avec réfection du sphincter anal peut être entreprise. Ici le temps de décollement recto-vaginal est plus délicat, il faut aller avec prudence, se tenir bien au contact de la paroi vaginale.

SOINS POST-OPERATOIRES

Les malades ainsi opérées doivent avoir des soins minutieux. Leur but essentiel est :

1°) D'éviter toute souillure de la plaie opératoire;

2°) De mettre les muscles suturés au repos pour permettre une bonne cicatrisation.

Nous avons vu la nécessité de traiter d'abord toute infection utérine, d'opérer après une période menstruelle. Il faut éviter également que les urines s'écoulent sur la suture : le plus simple est de mettre une sonde à demeure pendant 5 ou 6 jours (sonde de Malecot de préférence) mais la mise en place d'une sonde ne dispense pas de la surveillance, bien au contraire. Si la sonde fonctionne mal, l'urine filtrera le long des parois de caoutchouc et souillera le pansement.

Il faut s'assurer que la sonde fonctionne bien; elle peut provoquer une cystite légère. Tous les jours on

injectera par la sonde dans la cavité vésicale 10 centimètres cubes d'huile goménolée à 20 %, ce qui permettra de s'assurer de la perméabilité de la sonde et d'éviter la cystite.

Il est une autre façon d'éviter la souillure de la plaie par les urines, c'est de sonder régulièrement la malade pendant les 4 ou 5 jours qui suivent l'intervention. C'est un procédé excellent si l'on dispose d'un personnel soignant qualifié.

La plaie sera revue tous les jours. Nous avons appliqué des pansements au collargol, des mèches imbibées de bouillie lactique. Nous croyons préférable d'assécher la plaie à l'éther et de mettre un pansement sec.

Une autre question importante se pose, c'est celle de l'évacuation de l'intestin.

Nous avons d'abord eu recours à la constipation. Avant l'opération l'intestin a été évacué par une purge et un lavement, la malade ne prend que des aliments très sucrés, constipants; l'alimentation est légère. On donne à la malade une pilule de 5 centigrammes d'opium la veille de l'intervention et très souvent on répète ces doses dans les jours qui suivent. On aboutit ainsi à une constipation absolue, à une mise au repos complète des sutures périnéales.

Mais bientôt se pose la question de la reprise du transit intestinal. C'est une phase critique car il s'agit d'évacuer des matières extrêmement durcies.

On emploie habituellement une cuillerée d'huile de paraffine le sixième jour, deux le lendemain, le surlendemain une purgation et un lavement huileux.

On déclenche ainsi les premières selles qui malgré ces soins sont extrêmement douloureuses pour les malades qui les qualifient « plus pénibles que les douleurs d'accouchement ».

Le transit intestinal reprend ainsi normalement, non

sans qu'on ait mis à l'épreuve les sutures sphinctériennes. En général, d'ailleurs, il n'y a pas d'incident fâcheux.

Depuis plusieurs années nous préférons éviter cette longue constipation et la période pénible qui doit y mettre fin. Nous cherchons à obtenir le moins de selles possible dans les premiers jours, des selles aussi liquides que possible dans les jours suivants.

Pour cela, la malade est purgée et lavementée avant l'opération, elle est mise au régime lacté, nous ne donnons pas d'opium : il n'y a pas de selles les quatre premiers jours.

Nous donnons le cinquième jour et dans les jours qui suivent deux cuillerées d'huile de paraffine jusqu'à cicatrisation complète.

Le régime normal est repris le huitième jour.

Après chaque selle, le périnée doit être parfaitement nettoyé.

Nous avons obtenu ainsi un repos suffisant des sutures et des selles molles peu abondantes, peu douloureuses.

Nous ne mettons jamais de drain à demeure dans le rectum, à cause des douleurs qu'il provoque.

Les fils périnéaux des bourdonnets sont enlevés dans les 36 heures.

Les crins cutanés sont retirés le neuvième jour : ils coupent parfois à ce moment mais la peau se répare rapidement.

OBSERVATIONS

OBS. N° 1. — B... M..., 24 ans.

Premier accouchement spontané à 23 ans : enfant pesant 2.500 grammes.

Déchirure du périnée.

Incontinence rectale aux matières et aux gaz.

Opérée le 26 février 1929 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Sortie le 17 mars 1929 en bon état.

Revue le 20 octobre 1940 en parfait état fonctionnel; n'a pas été enceinte depuis l'opération.

OBS. N° 2. — Mme P..., 27 ans.

Premier accouchement le 5 mai 1929, spontané en occipito-sacrée : enfant de 3.350 grammes; déchirure du périnée; rectum intact ? réparation immédiate.

Présente une incontinence totale :

1°) Incontinence d'urine;

2°) Incontinence rectale aux matières et aux gaz.

L'incontinence d'urine disparaît spontanément.

L'incontinence rectale persiste.

Opérée le 16 décembre 1930 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Vers le dixième jour, l'incontinence semble persister.

Le dix-huitième jour, peut retenir les gaz.

Sort le trente-cinquième jour :

La cicatrice a un bon aspect.

La malade est parfaitement continente aux matières et aux gaz.

N'a pas été revue depuis.

OBS. N° 3. — Mme L..., 27 ans.

Premier accouchement en 1929 : enfant pesant 4.250 grammes.

Déchirure complète du périnée suturée sans succès — incontinence rectale aux matières et aux gaz.

Opérée le 28 mars 1930 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Le 12 avril peut retenir les matières.

Sort le 16 avril 1930 en très bon état, continente.

N'a pas été revue depuis.

OBS. N° 4. — Mme C..., 35 ans.

Premier accouchement spontané à 30 ans.

Enfant pesant 3.000 grammes.

Légère déchirure du périnée sans troubles sphinctériens.

Deuxième accouchement à 34 ans par forceps.

Déchirure complète du périnée réparée immédiatement sans succès.

Troubles sphinctériens avec perte involontaire des matières et des gaz.

Opérée le 4 juillet 1930, 16 mois après l'accouchement (M. PORTES).

Sort le 7 août 1930 avec une fonction rectale normale.

Revue le 22 octobre 1940, fonction rectale normale.

N'a pas été enceinte depuis l'opération.

OBS. N° 5. — Mme S..., 39 ans.

Premier accouchement à 30 ans par forceps : enfant pesant 3.500 grammes.

Déchirure du périnée réparée immédiatement.

Suites de couches fébriles.

Incontinence complète aux matières et aux gaz, les matières souillent le vagin.

9 mois après l'accouchement, l'incontinence persiste. A l'examen, la cloison recto-vaginale présente une fente de 2 centimètres faisant communiquer rectum et vagin.

Opérée le 28 avril 1931 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Périnéorraphie avec reconstitution du sphincter.

Abaissement du rectum.

Sort le 17 mai 1931.

Revue le 19 octobre 1940.

Continent aux matières et aux gaz.

N'a pas été enceinte depuis l'opération.

Présente une fistule médiane antérieure, admettant le stylet périnéo-rectale pré-sphinctérienne à trajet rectiligne qui donne peu de matières. La malade, peu gênée, ne comprend pas la nécessité d'une nouvelle intervention.

Périnée haut de 5 centimètres.

Anneau sphinctérien bien étoffé, contractile.

OBS. N° 6. — Mme L..., 29 ans.

Premier accouchement à 19 ans, spontané, enfant pesant 3.500 grammes.

Deuxième accouchement à 20 ans, spontané, enfant pesant 3.500 grammes.

Troisième accouchement à 21 ans, spontané, enfant pesant 3.500 grammes.

Quatrième accouchement à 22 ans, spontané, enfant pesant 3.500 grammes.

Cinquième accouchement à 23 ans, spontané, enfant pesant 3.500 grammes.

Sixième accouchement à 25 ans, spontané, enfant pesant 3.500 grammes.

Septième accouchement à 29 ans, accouchement d'un enfant bi-céphale qui présente en outre, 3 jambes, 4 bras.

Déchirure complète du périnée, suturée immédiatement sans succès. Incontinence rectale aux matières et aux gaz.

Opérée le 23 février 1933 (M. LEPAGE).

Sort le 20 mars 1933, continente aux matières.

Commence à devenir continente aux gaz.

Revue le 27 octobre 1940 : a présenté une continence rectale normale jusqu'en 1934; à cette date, accouchement par forceps. Depuis ce moment, ne retient que les matières solides, est incontinente aux matières liquides et aux gaz. Présente, en outre, une incontinence vésicale dans la station debout.

Accouchement en 1938 qui n'a pas modifié ces troubles.

Actuellement, à l'examen, on note :

Une vulve béante avec cystocèle et rectocèle.

Un pont fibro-cutanéomuqueux séparant l'anus de la fourchette.

L'anus est légèrement béant.

Au toucher, on sent un anneau sphinctérien complet de 1 cm. de hauteur en avant, mais qui est atone et ne se contracte pas.

Releveurs sans tonicité.

Pas de fistule, mais plusieurs cicatrices d'abcès périnéaux.

OBS. N° 7. — Mme B... L..., 35 ans.

Premier accouchement à 32 ans par forceps : enfant pesant 4.125 grammes.

Déchirure complète du périnée réparée immédiatement sans succès.

Incontinence rectale au lever le vingt-et-unième jour.

Opérée le 14 mars 1940, 6 mois après l'accouchement (M. PORTES).

Sortie le 25 mars 1933 en bon état.

Revue le 22 octobre 1940 :

Présente une continence rectale parfaite.

Accouchement spontané en 1937.

Pas de déchirure périnéale.

Est toujours parfaitement continente.

OBS. N° 8. — Mme M..., 26 ans.

Premier accouchement à 17 ans par forceps.

Déchirure périnéale sans troubles sphinctériens.

Deuxième accouchement à 26 ans par forceps : enfant pesant 4.000 grammes.

Déchirure complète du périnée.

Au lever, le vingt-et-unième jour, présente une incontinence rectale aux matières et aux gaz.

Opérée le 17 avril 1933 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Sort le 16 mai 1933 en bon état.

N'a pas été revue depuis.

OBS. N° 9. — Mme D... 31 ans.

Premier accouchement à 17 ans, spontané.

Déchirure du périnée sans troubles fonctionnels.

Deuxième accouchement en 1930, spontané : enfant pesant 4.250 grammes.

Aggravation de la déchirure sans troubles rectaux.

Troisième accouchement le 27 avril 1933 par forceps : enfant pesant 4.250 grammes.

Déchirure périnéale immédiatement réparée.

Présente une incontinence rectale :

Incontinence aux gaz.

Va à la selle à chaque miction.

Opérée le 25 avril 1934 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Ligamentopexie, appendicectomie.

Périnéorraphie avec réfection du sphincter.

Sortie le 2 juin 1934 en bon état.

N'a pas été revue depuis.

OBS. N° 10. — Mme P... M..., 28 ans.

Premier accouchement à 17 ans par forceps : enfant pesant 3.900 grammes.

Déchirure du sphincter.

Double épisiotomie.

La suture immédiate ne tient pas.

Incontinence aux gaz et aux matières.

Opérée le 2 mai 1935 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Sort le 25 mai 1935 en bon état.

Revue le 20 octobre 1940 en bon état fonctionnel.

OBS. N° 11. — Mme P... F..., 36 ans.

Premier accouchement en 1936 par forceps avec incision du col.

Déchirure complète.

La réparation immédiate ne tient pas.

Incontinence complète aux matières et aux gaz.

La paroi recto-vaginale manque sur 2 centimètres.

Opérée le 28 novembre 1936 (MM. PORTES-LEPAGE).

Abaissement du rectum en sectionnant les fibres qui se trouvent en dedans du releveur.

Sortie le 3 janvier 1937.

Revue le 21 octobre 1940, en bon état.

OBS. N° 12. — Mme Y... E...

Premier accouchement en 1936 par forceps : enfant pesant 3.500 grammes.

Déchirure périnéale qui laisse une incontinence rectale aux matières et aux gaz.

Opérée le 9 mars 1937, 9 mois après la déchirure.

Sortie le 25 avril 1937 en bon état.
Revue le 23 octobre 1940.
Est en parfait état fonctionnel.
Est actuellement enceinte de 6 mois.

OBS. N° 13. — Mme B... J..., 32 ans.

Premier accouchement en 1929 spontané.

Deuxième accouchement en 1930 par le siège : enfant pesant 5.000 grammes.

Déchirure périnéale importante sans troubles sphinctériens.

Troisième accouchement en 1933, spontané : enfant pesant 5.500 grammes. Depuis présente une incontinence aux matières et aux gaz.

Opérée le 31 mars 1937 : phlébite de la jambe gauche le 9 avril.

Sort le 18 juin en bon état.

Revue le 21 octobre 1940 :

A eu une fausse couche en 1939.

Est actuellement enceinte de 7 mois.

Contenance aux matières et aux gaz.

Présente une fistule recto-périnéale médiane antérieure admettant difficilement le stylet ; elle passe en avant de l'anneau sphinctérien.

Hauteur périnéale : 4 cm. avec une dépression au niveau de la fistule.

Au toucher on sent un anneau sphinctérien contractile. Entre cet anneau et la sangle des releveurs existe une dépression où se situe le trajet fistuleux.

La malade est peu gênée par cette fistule stercorale. Ne voit pas l'utilité d'une nouvelle intervention.

OBS. N° 14. — Mme B..., 27 ans.

Premier accouchement à 26 ans par forceps : enfant pesant 3.250 grammes.

Déchirure complète du périnée.

Sort le vingtième jour avec une incontinence complète aux matières et aux gaz.

Deuxième accouchement en 1936 : l'incontinence persiste.

Opérée le 1^{er} avril 1937 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Sort le 17 mai 1937 en bon état.

Revue le 21 octobre 1940. Mène une existence normale ; retient bien les matières, retient difficilement les gaz. N'a pas été enceinte depuis l'opération.

OBS. N° 15. Mme C... V...

Premier accouchement à 21 ans instrumental sous anesthésie.

Déchirure périnéale qui laisse une incontinence aux matières et aux gaz.

Deuxième accouchement en 1936

sous anesthésie : enfant mort.

L'incontinence persiste.

Anus béant, encoche de la paroi recto-vaginale.

Opérée le 5 juin 1937 (MM. PORTES-FRANÇOIS).

Périnéorraphie avec réfection du sphincter.

Abaissement du rectum.

Sort le 17 juillet 1937 en parfait état.

Elle était parfaitement continente en mai 1940.

A été évacuée et a accouché fin mai 1940.

N'a pas été revue depuis.

RESULTS

Ainsi en revoyant ces malades opérées par M. PORTES, suivant la technique qu'il a mise au point, nous constatons que toutes ces malades ont retrouvé :

Une continence rectale suffisante et avec elle une existence normale.

Toutefois nous avons noté chez deux d'entre elles une fistule recto-périnéale.

Ces deux fistules ont de semblable :

1°) Leur siège recto-périnéal médian antérieur, en avant du sphincter reconstitué qui persiste.

2°) Leur trajet direct conduisant du périnée au canal anal à 2 centimètres environ de l'orifice anal.

Nous pensons qu'il faut les attribuer soit au fil sphinctérien amarré trop profondément sur la paroi rectale antérieure, soit à l'ascension secondaire de cette paroi abaissée.

Ces deux malades sont peu gênées par cette fistule et n'ont pas consenti de ce fait à une nouvelle intervention chirurgicale.

Si nous les avions opérées, nous aurions adopté la technique de CUNÉO et PICOT :

Décollement de la muqueuse rectale dans sa demi circonférence antérieure, excision du trajet fistuleux,

Abaissement de la muqueuse intacte à la marge de l'anus.

Trois opérées ont accouché depuis la périnéorraphie.

Il ne semble pas que des manœuvres spéciales aient été pratiquées. Deux d'entre elles ont accouché spontanément sans conséquences fâcheuses.

L'une d'entre elles a été accouchée par forceps. Il n'y a pas eu de déchirure périnéale complète, l'anneau sphinctérien persiste. Mais elle présente actuellement une incontinence vésicale à la station debout, une incontinence rectale aux gaz et aux matières diarrhéiques.

Nous nous proposons de pratiquer une nouvelle périnéorrhaphie avec réfection du sphincter anal, sans abaissement du rectum et une réfection du col vésical par plicature.

Deux autres opérées sont actuellement enceintes. Nous ne croyons pas nécessaire d'envisager chez elles une opération césarienne. Le périnée est en bon état. Il sera étroitement surveillé.

Il ne faudra pas hésiter à pratiquer si on le juge nécessaire une large épisiotomie latérale.

CONCLUSIONS

I. — La connaissance des causes de la déchirure complète du périnée doit permettre de l'éviter.

II. — Quand cette déchirure s'est produite, la suture immédiate ne tient pas toujours. Dans ce cas le périnée se cicatrise sans réparation anatomique satisfaisante; il persiste un trouble fonctionnel grave : l'incontinence rectale.

III. — Nous avons vu les principales méthodes utilisées pour le traitement de ces lésions.

IV. — Nous avons décrit la technique de périnéorraphie que nous avons adoptée.

Ses points essentiels sont les suivants :

a) Nous ne disséquons pas les deux bouts rétractés du sphincter anal.

b) L'anneau sphinctérien est reconstitué par les tissus latéro-rectaux, c'est-à-dire essentiellement par le sphincter externe de l'anus et la partie interne des muscles releveurs qui sont pris en masse dans la même suture.

c) Dans les cas où la paroi rectale est déchirée, nous abaissons cette paroi.

d) Nous plaçons constamment deux bourdonnets hémostatiques latéraux.

V. Nous avons rapporté 15 observations où ce procédé a été utilisé. Il y a des résultats imparfaits, mais toutes ces opérées ont retrouvé une continence rectale suffisante pour mener une existence normale.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

BIBLIOGRAPHIE

- ARNELL et FERTITTA. — Lacération totale du périnée; analyse de 205 réparations chirurgicales. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, v. 69, n° 4, octobre 1939, p. 518).
- LOUIS BONNET. — Traitement des déchirures complètes du périnée. (*Bull. et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXVI, n° 9, 1934, Séance du 18 mai).
- BOSHOUWERS (H.). — Repair of obstetric perineal tears under sudden collapse. (*Tijdschr. v. prak. verlosk.*, XXX, 1926, 15 décembre, p. 303-305).
- BUBIS (J.-L.). — Gyneplastic repairs of old lacerations following child-birth, with report of 537 cases. (*Ohio State med. Jour.*, XXIII, 1927, juin, p. 480-483).
- BUSSALAY (E.). — D una rara forma di lacerazione perineale. (*Morgagni*, LXIX, 1927, 28 août, p. 1372-1374).
- CARRELL (J.-F.). — Perineal injuries during parturition, with report of 336 cases. (*Amer. Jour. Obst. and Gyn.*, XIII, 1927, mai, p. 627-632).
- CATHALA (V.). — Procédé de suture du rectum au crin de Florence dans les déchirures compliquées du périnée. (*Soc. d'obst. et de gynéco. de Paris*, séance du 7 novembre 1932, in : *La gynécologie*, n° 2, février 1933).
- CHRISTICH (St.). — 8 cas de déchirure complète du périnée, traités par le procédé de LAWSON-TAIT-POZZI. (*Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy*, séance du 16 février 1938, in : *Bull. de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, Avril 1938).
- DIASIO (J.-S.). — Maneuver employed in normal labor for minimizing perineal laceration. (*M. Times*, New-York 58 : 245, Aug. 1930).
- DELBET. — Rupture complète du périnée. (*Concours Médical*, 26 Septembre 1926, p. 2444).

- DEMERES (F.-X.). — Déchirure complète du périnée. (*Laval Médical*, n° 7, 7 septembre 1936).
- DIEULAFÉ (Léon). — Du choix de l'heure opératoire dans les grands délabrements obstétricaux du périnée. (*La Médecine pratique*, n° 10, 30 décembre 1928, p. 257).
- DROSIN (L.). — Factors concerned in causation and prevention of tears of parturient outlet. (*Med. Jour. and Record New-York*, CXXVI, 1927, 21 septembre, p. 363-367).
- ESTIENNY (E.). — Reparation secundo primaires des déchirures complètes du périnée. (*Toulouse Médical*, n° 1, 1^{er} Janvier 1929).
- ETHERIDGE (J.-H.). — The relation between some perinaeal lacerations and the neurasthenic state. (*Amer. Gyn. and Obs. Jour.* 1898, XII, p. 135-143).
- FARRAR (L.-K.-P.). — Warren apion in repair of high laceration of rectum associated with third degree laceration of pelvic floor. (*Surg. Gyn. Obs.* 50 : 741-744, April 1930).
- FAVREAU. — Les déchirures de la vulve et du périnée d'origine obstétricale. (*Jour. Obst. et Gyn. Prat.*, n° 3, mars 1930).
- FRANK. — Perineal lacerations. (*Louisville Med. Month.* 1896-1897, p. 441).
- GABRIAULT (L.-P.). — Des déchirures complètes du périnée. (*Thèse de Bordeaux*, 1907-1908, in 8°, 64 p., n° 146).
- GASPARRI (F.) et MORRA (G.). — Ricerche anatomotopografiche e considerazioni sulle lesioni del perinee provocate dal parto. (*Boll. d. sco. piemontese di ostet e ginec.*, 2, 520-557, 1934).
- GODLEWSKI (E.). — Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, séance du 20 novembre 1938; in : *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, Février 1939, n° 2, p. 103).
(*Provence Médico chirurgicale*, Mai-Juin 1939, p. 127).
- GEORGESCU (M.). — Technic of post-partum perineorrhaphy. (*Romania Med.* 7 : 277, Décembre 15, 1929).
- GOECKE. — Traitement de la déchirure totale récente ou ancienne dans le périnée. (*Munchen. Méd. Wochens.*, 24 décembre 1937, p. 2053).

- GONZALEZ. — Prophylaxie des lésions obstétricales du périnée, physiologie du processus et définition de ses temps. (*La Semana Medica*, n° 41, 8 octobre 1931).
- HENKEL (M.). — Die Pflege des Dammes unter des Geburt. (*Zeitschr. f. Geb.* XC, 1926, p. 302-313).
- HASTINGS TWEEDY. — Lacerations of the perineum and their Treatment. (*The Dublin Jour. of Med. Sciences*, t. 136, n° 507, 2 mars 1914).
- HIPP. — Laceration of the perineum. (*Chicago Med. Times*, 1896, p. 86).
- HUGER. — Lacerations of the perineum. (*Alabama Med. Jour.* 1900-1901, p. 121).
- JENSEN (F.-G.). — Sur les déchirures périnéales et une méthode pour les éviter. (*Acta Obstetr. et Gyn. Scandinav.*, Helsingfors, 1925, IV, p. 120-168).
- KUPFERBERG. — La déchirure du périnée, sa production, sa prophylaxie et son traitement. (*Medizinische Klinik.*, an XX, n° 46, 16 novembre 1924).
- LEHUCHER et JAHAN. — Au sujet de la technique de la colpopérinéorrhaphie pour déchirure complète du périnée, réfection de l'appareil sphinctérien par autoplastie lambeau emprunté aux releveurs. (*Soc. des sciences médicales de Tunis*, Séance du 18 juin 1937, in : *Tunisie Médicale*, n° 1, janvier 1938).
- LENZ (E.). — Die Sekundarmaht der Dammrisse un ihre Methode. (*Deutsche med. Woch.* LIII, 1927, 1^{er} juiller, p. 1142).
- MAUSFELD (O.). — Protection of perineim against tears during labor. (*Orvosi hetil.* 78; 634, 637, July 14, 1934).
- NIKOLITCH (N.). — Les déchirures du périnée consécutives aux applications du forceps. (*Thèse de Paris*, 1924, in 8°, n° 387).
- OTT (D. V.). — Die prophylaktische Mediane Dammspaltung wahrend der Geburt. (*Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, Berlin, 1926, LXXIV, p. 143-146).
- PETIT-DUTAILLIS (P.). — Réparation après cicatrisation d'une dé-

chirure complète du périnée prolongée jusque sur le tiers moyen de la cloison recto-vaginale. (*Gynéco.*, août 1930).

LOUIS E., PHANEUF. — Complete lacerations of the perineum and their surginal treatment. (*Amer. Journ. of Obstetr. and Gynecol.*, n° 4, April 1929, p. 475).

— Complete lacerations of perineum and their repair. (*M. J. and Rec.* 131, 410-411, April 16, 1930).

— Le traitement chirurgical des déchirures complètes du périnée. (*Gynéc. et Obst.* 20, 587-590, Novembre 1929).

— Lacerations of perineum in female children; report of 3 cases. (*New-England J. Med.* 204, 489-490, March 5, 1931).

PULVERMACHER (D.). — Ueber die Sekundarnaht von Dammrissen dritten grades im Wochenbett. (*Zentralbl. f. Gynakol.* L. 1926, Nov. p. 3074-3076).

RAVINA (J.). — Les déchirures complètes du périnée au cours de l'accouchement. (*La Médecine*, n° 5, Avril 1934).

RÉCAMIER (J.). — Note sur la colpopérinéorrhaphie pour rupture complète du périnée. (*Gynécologie* 29 : 450-454, Aug. 1930).

ROYSTON (C.-D.). — Repair of complete perineal laceration. (*Am. J. Obst. and Gynec.* 19 : 185-195, Feb. 1930).

SCHARSICH (K.). — Pfahlungsverletzung. (*Beitr. z. klin. Chir.* 151 : 657-660, 1931).

SELLERS (T.-B.) et PANDERS (J.-T.). — Prevention and management of birth canal injuries and anatomical repair of old lacerations of perineum. (*New-Orleans M. and S. J.* 83 : 757-765, May 1931).

TYRONE. — Déchirures complètes du périnée. (*Surgery*, vol. 5, n° 5, mai 1939).

VEGH. — La cause des déchirures complètes du périnée et la tendance de la prévention de ces accidents. (*Orvosi Hetilap*, 7 août 1937, p. 812).

VIGNES (H.). — La réparation des déchirures périnéales. (*Progrès Médical*, II, Novembre 1939, p. 44-45, p. 1269).

WILSON (R.-R.). — Repair of complete perineal laceration. (*J. Kansas M. Soc.*, 31, 173-175, May 1930).

